

Prise en charge des hémorragies digestives à la Clinique Marie-Yvette à Kinshasa (République démocratique du Congo)

Management of digestive haemorrhage in Clinic Marie/Yvette in Kinshasa (Democratic republic of Congo)

Shimpi A^{1,2}, Tambwe F, Ndarabu T, Nsumbu JB, Loleke E, Batumona B¹, Monsere T¹, Ngoma P¹, Nko B¹, Mbendi SN¹.

¹ Cliniques Universitaires de Kinshasa (République Démocratique du Congo)

² Clinique Marie-Yvette

Correspondance :

Antoine Tshimpi

Clinique Marie-Yvette, 7, avenue Konda-Konda Ngaliema/Kinshasa, RDC

Email : antshimpi@aol.com; Phone : + 243 85 103 53 83

Résumé

Contexte et objectif. Les hémorragies digestives figurent parmi les urgences les plus fréquentes en pathologies digestives et peuvent engager le pronostic vital. La prise en charge endoscopique dans les 24 heures est un des deux facteurs pronostiques à prendre en compte pour réduire la mortalité (1,2). L'objectif était de répertorier tous les cas accueillis pour hémorragie digestive, de préciser le délai de prise en charge endoscopique et le type de l'endoscopie interventionnelle pratiquée.

Méthodes. Etude rétrospective, documentaire et monocentrique de tous les cas d'hémorragie digestive, haute ou basse, accueillis de décembre 2015 à avril 2016 à la Clinique Marie-Yvette. Les paramètres analysés étaient les causes de l'hémorragie, le diagnostic retenu, le délai de prise en charge endoscopique, le traitement appliqué et l'évolution clinique.

Résultats. 44 patients, 31 hommes (70,5%) et 13 femmes (29,5%) ont été accueillis. L'âge moyen était de 50,5 ans (extrême de 14 à 89 ans). Ils avaient entre 21 et 40 ans dans 34,1% des cas, entre 61 et 80 ans dans 31,8% des cas, et moins de 21 ans dans 29,1% des cas. 22 patients (50%) avaient des antécédents d'hémorragie digestive. 10 patients sur 22 (45,5%) avaient déjà présenté 2 à 3 épisodes d'hémorragie, moins de 2 épisodes chez 7 patients (31,8%), 4 à 5 épisodes chez 4 patients (18,2%), et plus de 5 épisodes chez 1 patient (4,5%). Il y avait une notion de prise d'AINS dans 9 cas (20,5%), d'aspirine dans 5 cas (11,4%). L'hémorragie était de type méléna dans 21 cas (47,7%), de rectorragie dans 18 cas (40,90%) et d'hématémèse dans 15 cas (34,1%). 15 patients (34,1%) ont bénéficié d'une transfusion d'un culot globulaire selon les critères de Barcelone. Le diagnostic retenu après endoscopie était un ulcère gastrique ou duodéal dans 17 cas (38,6%), une

hypertension portale dans 9 cas (20,45%), des ulcérations œsophagiennes dans 6 cas (13,6%), des ulcérations coliques dans 7 cas (16%), un cancer digestif dans 3 cas (7%), un polype colique dans 12 cas (27,3%), une pathologie hémorroïdaire dans 11 cas (25%), une diverticulose colique dans 7 cas (6%). Le délai moyen de prise en charge endoscopique était de 10,5 heures, avec des extrêmes allant de 0,25 à 90 heures.

Le geste endoscopique a consisté à une injection de solution adrénalinée dans 18 cas (40,9%), associée à une pose de clip dans 1/3 des cas, une coagulation à la pince chaude ou à l'anse chaude dans 12 cas (27,3%), une ligature des varices œsophagiennes dans 7 cas (16%), une polypectomie ou pose de clip colique dans 6 cas (13,6%).

L'évolution a été favorable dans 43 cas (97%). Un patient, admis pour rectorragies abondantes évoluant plus de 2 jours, est décédé en post endoscopie.

Conclusion. Dans cette étude, le délai moyen entre le début de l'hémorragie digestive et la prise en charge endoscopique a été optimal et conforme aux recommandations. Ceci explique sans doute le nombre limité en transfusion sanguine et une excellente évolution.

Mots clés : hémorragie digestive, geste endoscopique, évolution

Références

- (1) Roberto de Franchis, on behalf of the Baveno VI faculty. Expanding consensus in portal hypertension. Report of the Baveno VI Consensus Workshop: stratifying risk and individualizing care for portal hypertension. *J of Hepatol* 2015; 63:743-752
- (2) Barkun A, Bardou M, Kuipers EJ, Sung J, Hunt RH, Martel M, et al. International consensus recommendations on the management of patients with non variceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2010; 152:101-13.